Individuell plan

**Beiarn kommune**

**moldjord**

**75569000**

**75569001**

FOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud

|  |
| --- |
| Individuell plan |
| Planen er gyldig i tiden fra / til - dato |  |
| Evaluering / revisjon - dato: |  |
| Navn |  |
| Fødselsnummer |  |
| Adresse |  | e- |  |

Samtykkeerklæring er underskrevet

………………………………………………………. ……………………………………………………….

 Dato Dato

|  |
| --- |
| Viktige nærstående personer |
| Navn | Adresse | Telefon | Relasjon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Koordinator |
| Navn | Adresse | Telefon | Relasjon |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Deltakere |
| Navn | Adresse | Telefon | Relasjon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Viktige opplysninger (eks, vedtak, medisinske opplysinger, planer, avtaler) |
| Dato | opplysninger |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Brukerstatus – beskrivelse av situasjon i dag** |
| Familie/sosialt/nettverk/fritid | Utdanning/arbeid | Medisinske forhold/fysiske og psykisk helse | Bolig og økonomi |
|  |
| **Brukerbeskrivelse av ønsker/ behov** |
|  |
| **Brukers resurser** |
|  |

|  |
| --- |
| Hovedmål |
|  |

|  |
| --- |
| Delmål – nummerert. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Kopi av planen er sent til |
| Dato | Deltaker /tjenestested |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mål nr. | Dato | Tiltak og hvordan disse skal gjennomføres | Henvist til dokument | Ansvar (sign.) | Dato frist | Dato Evaluering | Evaluering av tiltaket |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |